

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



گزارش نویسی پرستاری

**F. Abdollahi , MSc of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery School, Qazvin University
of Medical Science**

تعریف اصطلاحات :

گزارش دادن (Report) :

انتقال پاره ای از اطلاعات به فرد یا افرادی که از آن بی اطلاع بوده و یا آگاهی کافی نسبت به آن ندارند، به صورت شفاهی، کتبی یا کامپیوتری می باشد.



ثبت کردن (Record) :

انتقال اطلاعات اساسی به صورت کتبی به منظور آگاهی از عملی که در زمانی واقع شده است.



اهداف ثبت گزارش :



تحقیق
دانشجویی

اهداف ثبت گزارش و تهیه پرونده:



- ✓ ارتباط
- ✓ برنامه ریزی مراقبت از مددجو
- ✓ بررسی کیفیت کار و رعایت استاندارد ها
- ✓ تحقیق و پژوهش
- ✓ آموزش
- ✓ پرداخت هزینه ها
- ✓ ثبت قانونی



اصول ثبت گزارشات :



- ✓ واقعی بودن
- ✓ دقت
- ✓ اختصار
- ✓ کامل بودن
- ✓ توالی و به موقع بودن
- ✓ سازمان بندی
- ✓ راز داری و محرمانه بودن
- ✓ خوانا بودن
- ✓ واژه شناسی
- ✓ اصلاح موارد اشتباه
- ✓ فضای خالی
- ✓ امضا کردن

انواع ثبت گزارشات :

❖ پذیرش:

یادداشت های پذیرش اولین یادداشت های پرستار در مورد مددجو است. شامل: زمان ورود، سن، جنس، نحوه ورود، تشخیص پزشکی، شکایت اصلی، وضعیت ظاهری، معالجات، آلرژی، علایم حیاتی و ... است.

❖ گزارشات تغییر شیف:

ثبت این گزارشات باید شامل: بررسی کامل از وضعیت فعلی مددجو در طی راند تغییر شیف صورت گیرد.

❖ یادداشت های بررسی:

ثبت بررسی کامل مددجو ممکن است با استفاده از فرم های مختلف انجام شود .

گزارشات انتقال و ترخیص:

گزارش انتقال مددجو از یک بخش به بخش دیگر در همان مرکز درمانی و یا به مرکز درمانی دیگر را در بر می گیرد.

محتوای آن شامل: علت انتقال، روش انتقال، گزارش به پزشک یا افراد خانواده، وضعیت مددجو، علایم حیاتی و معالجات در حال انجام است.

گزارش ترخیص منعکس کننده وضعیت مددجو حول و حوش ترخیص است. عموماً شامل آمادگی های ترخیص، حضور اعضای خانواده، زمان ترخیص، وضعیت مددجو، علایم حیاتی، آموزش به مددجو، هر گونه اطلاعات کتبی که در اختیار مددجو قرار داده شده است.

فرم های متداول ثبت :

✓ تاریخچه پرستاری:

هنگام پذیرش مددجو در بخش تکمیل می شود. این فرم به پرستار در تعیین تشخیص های پرستاری کمک می کند. اطلاعات پایه ای را جهت مقایسه تغییرات در شرایط مددجو فراهم می کند.

✓ اوراق گرافیکی و گزارش مستمر (فلوشیت ، فلوچارت):

این اوراق امکان ارزیابی مددجویان و ثبت سریع علایم حیاتی و مراقبت های متداول را فراهم می کنند. زمانی استفاده می شود که مشاهدات خاصی به طور مکرر اندازه گیری و ثبت می شوند.

✓ کاردکس پرستاری:

اطلاعات کاردکس در بخش های مختلف سازماندهی می شوند:

- ✓ اطلاعات مربوط به مددجو (نام ، شماره تخت، سن، تاریخ پذیرش و تشخیص)
- ✓ لیست داروها به همراه تاریخ و زمان تجویز هر کدام
- ✓ لیست مایعات وریدی همراه با تاریخ انفوزیون
- ✓ لیست اقدامات و درمان های روزانه مانند تعویض پانسمان، اندازه گیری علایم حیاتی
- ✓ لیست روش های تشخیصی دستور داده شده مانند تست های آزمایشگاهی
- ✓ آلرژی ها
- ✓ داده های خاص در مورد نیازهای فیزیکی مددجو مانند رژیم غذایی، نیاز به کمک در زمان تغذیه و احتیاطات ایمنی

به طور کلی در کاردکس کارهایی که باید انجام شود و در پرونده کارهایی که انجام شده ثبت می گردد. معمولا کاردکس با مداد تکمیل می شود.



انواع روش های ثبت گزارش :

✓ ثبت گزارش به روش SOAP

✓ ثبت گزارش مشکل مدارانه

(POMR) Problem –oriented medical Record

✓ ثبت گزارش بر اساس سیستم مشکل – مداخله – ارزیابی

Problem-intervention evaluation system (PIE)

✓ ثبت متمرکز (Focus charting)

✓ ثبت منبع مدار

ثبت گزارش بر اساس سیستم مشکل – مداخله – ارزیابی

Problem-intervention evaluation system(PIE)

مشکل(Problem):

مشکلات بیمار با استفاده از تشخیص پرستاری نوشته و با حرف اختصاری p و شماره مشخص می شود مثل (P.1)

مداخله(intervention):

مراقبت های پرستاری برای برطرف کردن مشکل بیمار نیز با شماره مشخص می شوند مثل (I.1)

ارزیابی(evaluation):

عکس العمل بیمار به معالجه و تدابیر ارزیابی می گردد و با شماره (E.1) نوشته می شود.

در روش PIE از فرم های بررسی خاص نظیر: فرم نیاز های انسانی مازلو و یا فرم الگوهای عملی بهداشت (Gordon) استفاده می شود. پس از انجام بررسی، پرستار مشکلات خاص مددجو را تعیین و در یادداشت های سیر پیشرفت ثبت می کند.

در این روش برنامه مراقبتی در یادداشت ها ادغام شده و پرستار مجبور نیست تا به طور روزانه و جداگانه برنامه مراقبتی طرح کند.

یکی از **معایب** این روش این است که پرستار قبل از ارائه مراقبت باید کلیه یادداشت های پرستاری را مرور کند تا بتواند تعیین کند کدام مشکلات در حال حاضر موجودند و کدام اقدامات موثر بوده اند.

مثال :

تاریخ	ساعت	گزارش
۹۵/۱/۱۴	۱۲/۰۰	<p>(P.1) : درد ناحیه جراحی شکمی در رابطه با بخیه های عمل جراحی</p> <p>(I.1) : بر اساس معیار یک تا ده درد بیمار ۷ می باشد. برای بیمار آمپول مرفین ۲ میلی گرم وریدی تزریق شد. ساعت ۱۰/۴۰ دقیقه</p> <p>(E.1) : بیمار مرتباً مورد بررسی قرار گرفت. درد از ۷/۱۰ به ۲/۱۰ کاهش یافت. پرستار ع- احمدی ساعت ۱۱/۳۰ دقیقه</p>

ثبت گزارش بر اساس روش SOAP

Subjective data=S: مشاهدات ذهنی:

شامل مشکلات، علایم و نشانه هایی است که بیمار بیان می کند. در اینجا باید کلمات و عبارات بیمار نوشته شود نه تفسیر پرستار از حرف های بیمار.

Objective data =O: مشاهدات عینی: شامل مشاهدات و اطلاعاتی است که دیده ، شنیده و احساس می شود و یا با ابزارهای خاصی به دست می آید.

Analysis= A: تجزیه و تحلیل (شناسایی مشکلات): بررسی اطلاعات (ذهنی و عینی) به دست آمده و دست یابی به یک نتیجه واضح و روشن.

Plan=P: برنامه (مراقبتی - درمانی)

Intervention = I: مداخلات: اقدامات خاصی است که به شکل واقعی توسط مراقب انجام شده اند.

Evaluation=E : ارزیابی (نتایج به دست آمده پس از اعمال تدابیر مراقبتی-
درمانی)

Revition=R: اصلاح و بازنگری (تغییر دادن برنامه درمانی- مراقبتی بر اساس
واکنش بیمار)

در طول سال ها این نوع از ثبت گزارشات تعدیل شده و به شکل واژه های
SOAPIE و SOAPIER نیز استفاده می شود. در این روش ها واژه های
مداخلات (Interventions) و ارزیابی (Evaluation) و باز نگری
(Revision) اضافه شده اند.

ثبت متمرکز (Focus Charting) :

- ✓ در ثبت متمرکز یادداشت ها فقط بر طبق مشکلات نیستند.
- ✓ سه ستون برای ثبت استفاده می شود: تاریخ و زمان، تمرکز، یادداشت های پیشرفت.
- ✓ موردی که به عنوان تمرکز در نظر گرفته می شود ممکن است یک وضعیت، تشخیص پرستاری، علامت ذهنی یا عینی، تغییر حاد در وضعیت مددجو باشد.
- ✓ یادداشت های پیشرفت نیز بر اساس داده ها (Data :D)، فعالیت (Action :A) و پاسخ مددجو (Respons:R) سازماندهی می شوند: D.A.R

تاریخ	ساعت	کانون (تمرکز)	یادداشت های پیشرفت مددجو
۸۸/۴/۷	۱۴/۰۰	تهوع به علت اثرات دارو های بیهوشی	<p>D: بیمار در ساعت ۱۱/۳۰ ابراز کرد که حالت تهوع دارد.</p> <p>A: ساعت ۱۱/۳۵ آمپول پلازیل یک میلی گرم وریدی تزریق شد.</p> <p>R: ساعت ۱۱/۴۵ حالت تهوع بیمار بر طرف شد.</p>

ثبت طبی مشکل مدار: (POMR) Problem –oriented medical Record

در این روش تاکید روی مشکل بیمار یا مشکل طبی اوست.

کلیه اعضای تیم درمان گزارش خود را در یک محل می نویسند سبب پیشبرد همکاری می شود.

ثبت به روش POMR شامل موارد زیر است:

- ۱- یافته های اولیه (Database)
- ۲- فهرست مشکلات (problem list)
- ۳- برنامه های مراقبت پرستاری (nursing care plan)
- ۴- یادداشت های پیشرفت (progress note)

ثبت منبع مدار : Source oriented record (S.O.R)

اطلاعات طبقه بندی شده است و پزشک، پرستار، آزمایشگاه، رادیولوژی، فیزیوتراپ و ... هر کدام گزارش جداگانه ای در برگه های مخصوص به خود ثبت می کنند. به این روش گزارش نویسی، سیستم گزارش نویسی بیمارستانی هم اطلاق می شود.

مزیت این روش دسترسی آسان به اطلاعات و ثبت در فرم های اختصاصی می باشد.

از معایب این روش پراکنده بودن گزارش می باشد که این امر پیگیری منظم مشکلات بیمار را سخت می کند.

نکات مورد توجه در گزارشات تلفنی:

در نهایت کلیه مواردی که بصورت تلفنی گزارش می گردد باید ثبت شود.
کسانی که گزارش تلفنی را منتقل و دریافت می کنند باید مطمئن باشند که:
اطلاعات واضح ، صحیح و دقیق باشند.

- جهت ثبت مکالمه تلفنی و تهیه مدرک پرستار بایستی به عوامل زیر دقت کند:
- چه موقع تماس تلفنی برقرار شده است؟
 - با چه کسی صحبت شده است؟
 - چه اطلاعاتی داده شده است؟

قوانین ثبت گزارش :

هنگام نوشتن گزارش موارد زیر باید رعایت گردد:

-درج امضاء در پایان هر گزارش

-ثبت دقیق تاریخ و زمان

-اجتناب از فاصله گذاشتن بین گزارش ها

-خواندن گزارش قبلی

از توجه شما متکرم

